



# Rückenschmerzen 1

## Ursachen (nicht entzündlich)

3. SJB Med UZH, Themenblock Bewegungsapparat

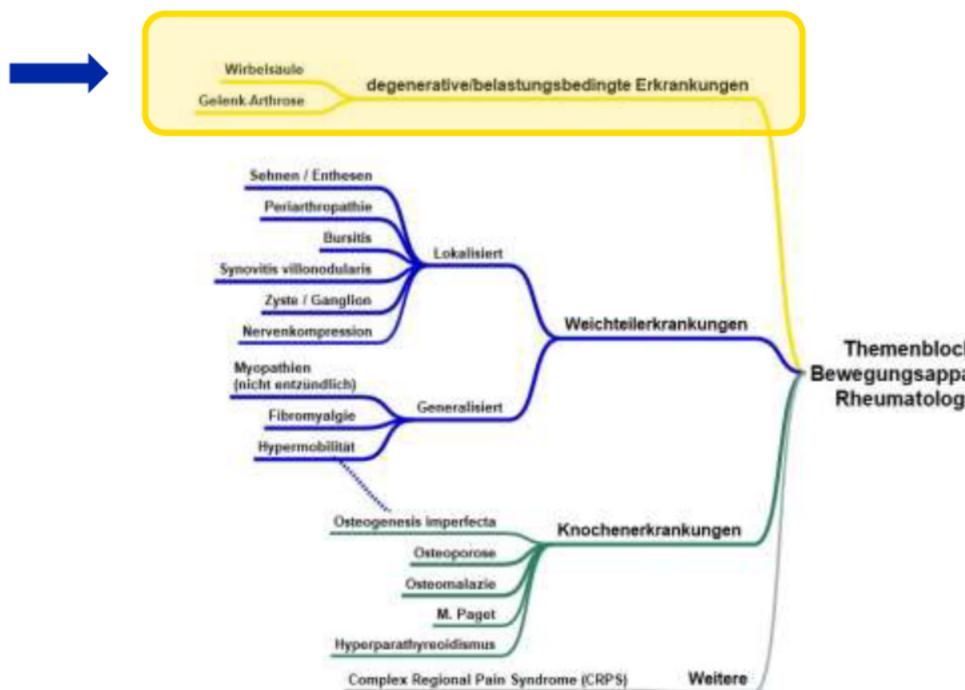
Dr. med. Lukas Wildi

CA Fachbereich Rheumatologie KSW

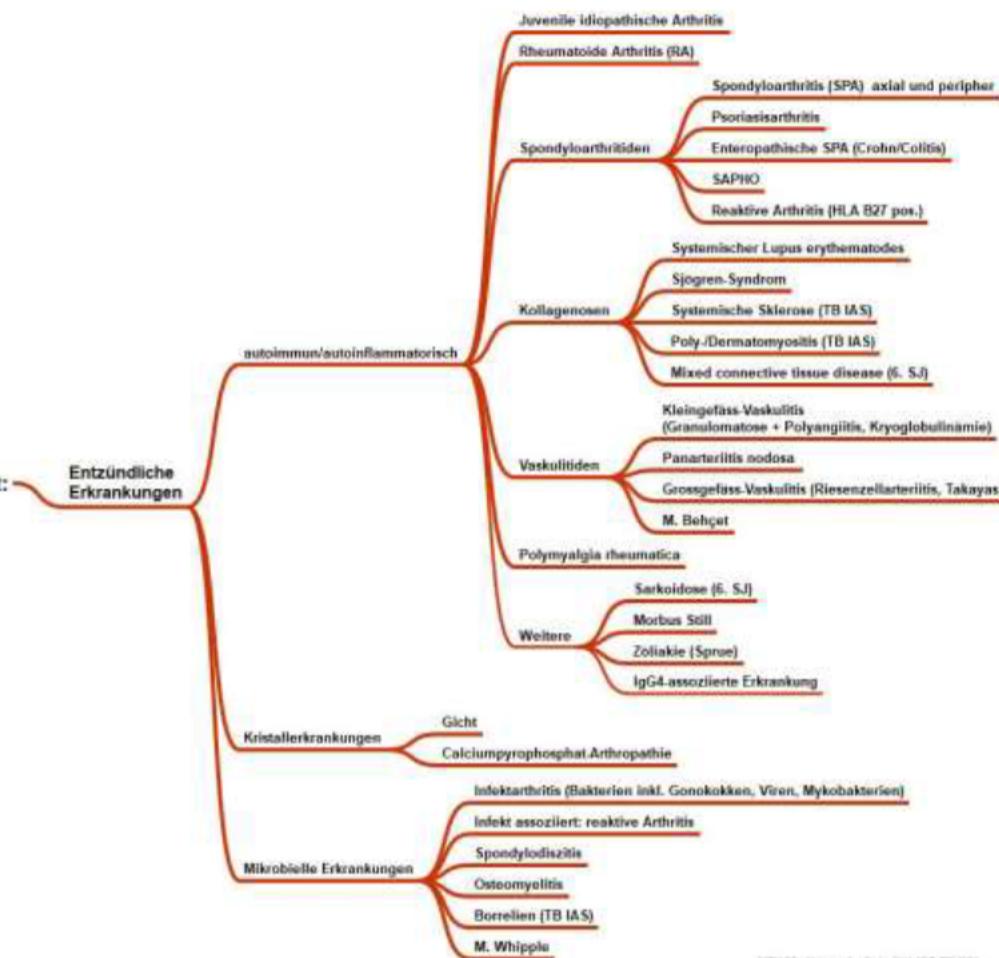
27.02.2025

# Rückenschmerzen 1 - Ursachen (nicht entzündlich)

## Mindmap



## Themenblock Bewegungsapparat: Rheumatologie





## Rückenschmerzen 1 - Ursachen (nicht entzündlich)

### Lernziele der Lektion

Sie können zum Krankheitsbild Rückenschmerzen, welche bedingt sind durch Osteochondrose, Spondylarthrose, Facettengelenksarthrose; Spinalkanalstenose; lokale Diskopathie; Neurokompressionssyndrom Lenden- und Halswirbelsäule; Statik oder muskuläre Dysbalance, jeweils:

1. die Definition und Pathogenese beschreiben
2. das vertebrale, spondylogene, radikuläre und cervicocephale Syndrom, sowie die Claudicatio spinalis erklären
3. die Schritte der Anamnese beschreiben und typische Symptome benennen
4. die klinische Untersuchung beschreiben sowie typische Befunde benennen und erläutern, woran sie zu erkennen sind
5. weitere Abklärungen aufführen und typische Befunde erklären (inklusive Labor, Bildgebung)
6. Differentialdiagnosen erläutern
7. bei einem Patienten anhand von Anamnese, klinischer Untersuchung und weiteren das Krankheitsbild diagnostizieren und erläutern
8. Therapieoptionen benennen



## Inhalt

- Einteilung der Wirbelsäulenerkrankungen
  - Nach Dauer
  - Nach Relevanz
  - Nach Aetiologie
  - Nach Ausbreitungsgebiet
- Abklärung
- Beispiele von Wirbelsäulenerkrankungen



**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

**Medizinische Fakultät**

**KSW** Kantonsspital  
Winterthur

# Einteilung von Wirbelsäulenerkrankungen



## Einteilung Wirbelsäulenerkrankung

### Nach Schmerzdauer

- Akut < 6 Wochen
- Subakut 6 Wochen bis 3 Monate
- Chronisch > 3 Monate

## Einteilung Wirbelsäulenerkrankung

### Nach Relevanz

Ist die Ursache der Schmerzen

- A : gefährlich



- B : harmlos (meist überlastungs- oder degenerationsbedingt)



## Einteilung nach Relevanz Gefährlich

- Permanente Schädigung möglich
  - Ursachen
    - Infektion (z.B. Bakterien = Spondylodiszitis)
    - Primärtumor oder Metastasen
    - Entzündliche Ursache (z.B. Spondyloarthritis wie M. Bechterew)
    - Nervenkompression
    - Frakturen
  - Rasche Abklärung indiziert!



## Einteilung nach Relevanz Alarmsignale

### Red Flags

- Ganz junge oder alte Patienten
- Allgemeinzustandsverschlechterung, Fieber, Gewichtsverlust
- Rasche Progredienz
- Neurologische Ausfälle
- Vorangehendes Trauma
- Starke lokale Schmerzen bei fragilen Personen (osteoporotische Fraktur)
- Erhöhte Entzündungszeichen
- Strukturelle Veränderungen
- Immunsuppression (Infektionsrisiko)
- Chronische Kortisontherapie (Steroidinduzierte Osteoporose)
- i.v.-Drogenabusus (Infektionsrisiko)



## Einteilung nach Relevanz Alarmsignale

### Yellow Flags

- Glaube, ernsthaft erkrankt zu sein
- Unrealistische Erwartungen an die Therapie
- Krankheitsverhalten («frei feiern»)
- Sozialer Rückzug
- Depression
- Unzufriedenheit am Arbeitsplatz
- Starke Arbeitsbelastung physisch und zeitlich (Schicht)
- Sekundärer Krankheitsgewinn (z.B. Aufmerksamkeit durch Familie)
- Rentenbegehrten



## Einteilung nach Relevanz «**Harmlös**»/mechanisch

### Symptome (Red Flags ausgeschlossen)

- Verstärkung bei Bewegung
- Verstärkung nach längerer Belastung abends
- Schmerzen können durch gewisse Bewegungen reproduziert werden
- Besser in Ruhe
- Patienten wachen nachts nur beim Umlagern auf
- Keine neurologischen Symptome





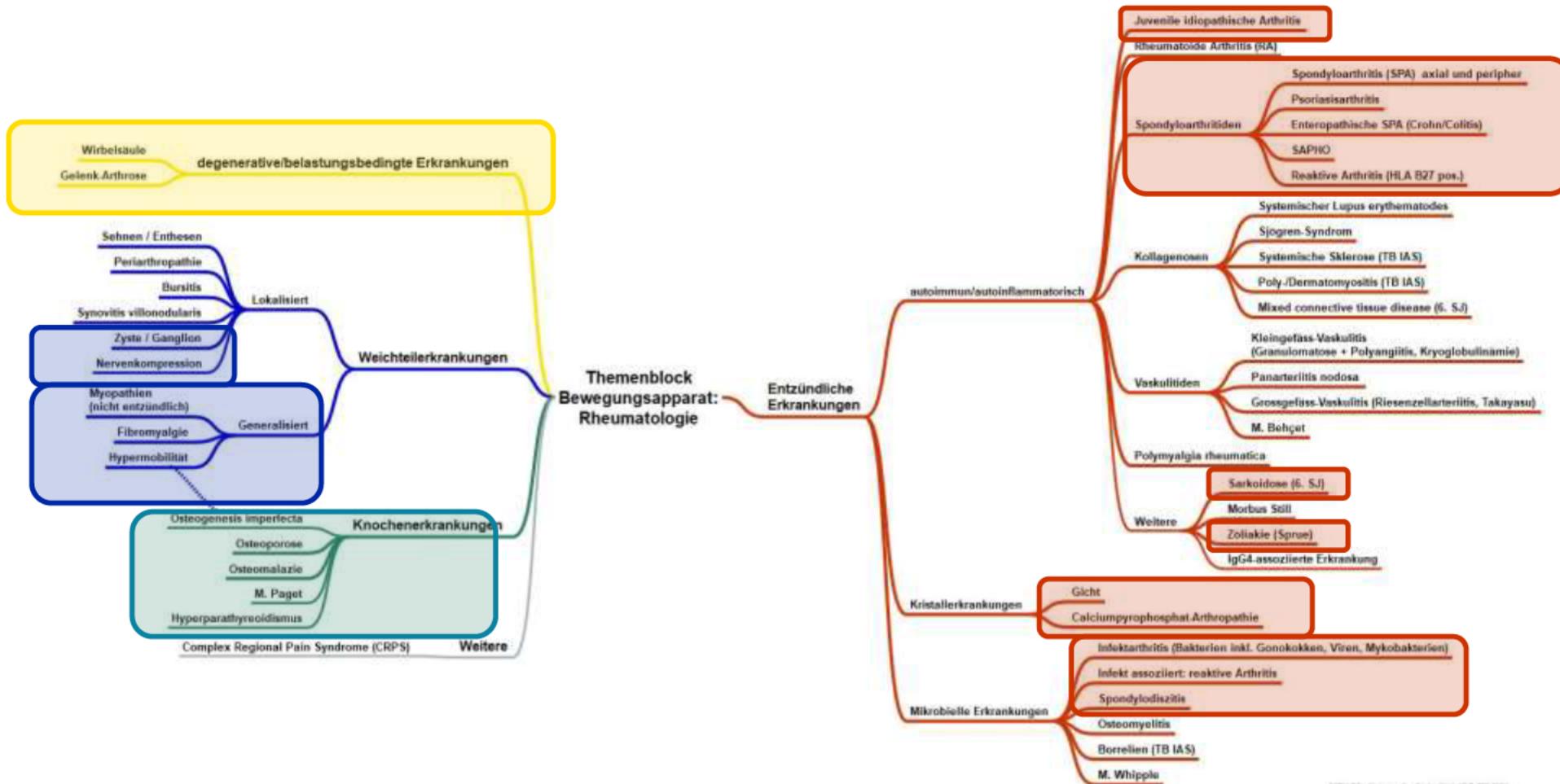
**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

Medizinische Fakultät

# Pathogenese

**KSW** Kantonsspital  
Winterthur

# Aetiologie/Pathogenese



## Pathogenese nichtentzündlicher Wirbelsäulenerkrankung

- Fehlform
  - Skoliose: vorzeitige Konkavitätsdegeneration wegen fokaler Überlastung
  - Rund- oder Flachrücken (biomechanisch ungeünstig: entweder zu elastisch mit Überlastung am Zenit oder zu starr mit ungenügender Federwirkung)
- Nachlassende Regeneration → Degeneration
  - Spondylarthrose (=Facettengelenksarthrose)
  - Osteochondrose (Bandscheibenfachdegeneration)
- Überlastung (Schwere Arbeit in untrainiertem Zustand, Übergewicht)
  - Dekonditionierung
  - Myopathien, Ligamentopathien, Diskopathien
  - Dysfunktionen (z.B. Rippenblockade, ISG-Blockade)
- Mangelzustände
  - Skorbut
  - Rachitis/Osteomalazie
- Genetische Fehler
  - Fehlerhafte Strukturproteine (z.B. Osteogenesis imperfecta)
  - Metabolische Störung (z.B. Hypophosphatämie Rachitis)



**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

**Medizinische Fakultät**

**KSW** Kantonsspital  
Winterthur

# **Klinische Beschreibung nichtentzündlicher Wirbelsäulenerkrankungen**



## Beschreibung Wirbelsäulenerkrankung nach Schmerzcharakter

### 1. Nociceptiv (z.B. bei Distorsion, Einklemmen etc.)

- Gewebeschädigung

### 2. Fortgeleitet

- Nociceptiv, jedoch nicht am Ort des Geschehens empfunden
- Head-Zonen

### 3. Neuropathisch (Typ “Narrenbein”)

- Nervenschädigung

### 4. Gemischt

- Neuropathisch und nociceptiv

### 5. Zentral

- ZNS-Schaden, z.B. Thalamusschmerz

## Unterteilung des nociceptiven Schmerzcharakters



### Entzündlich

ASAS Kriterien bei Rückenschmerzen > 3 Monate (Min. 4/5)

- Alter bei Beginn < 45 J
- Schleichender Beginn
- Verbesserung bei Bewegung
- Keine Verbesserung bei Ruhe
- Nachtschmerz (mit Verbesserung beim Aufstehen)



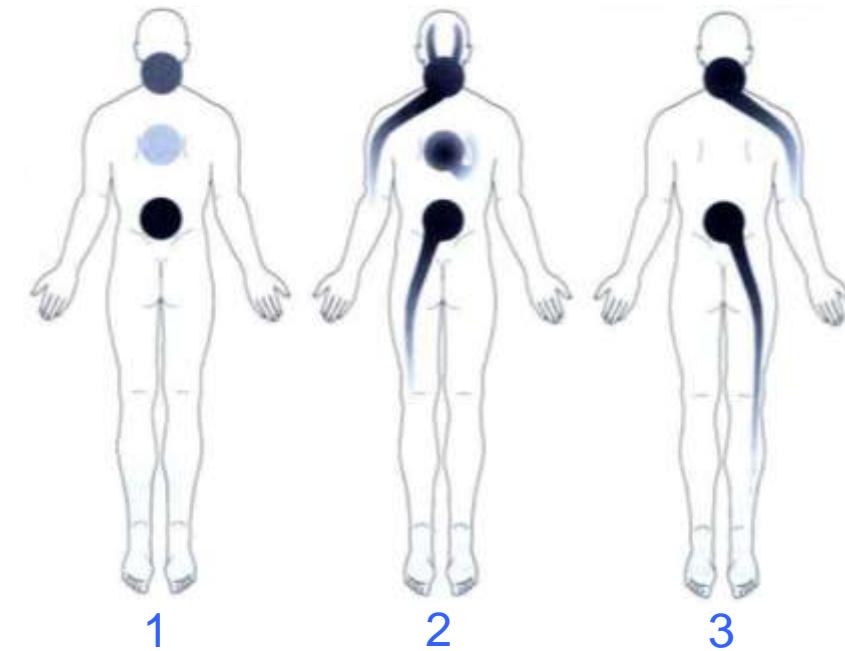
### Mechanisch

- Belastungsabhängig
- Verbesserung in Ruhe
- Tagsüber zunehmend
- Morgens am besten
- Allenfalls kurze Morgensteifigkeit und Anlaufschmerzen
- Nächtliche Schmerzen nur lagerungsbedingt

## Beschreibung nach Ausbreitungsgebiet, syndromal

Ein Syndrom ist beschreibend und erklärt die Aetiologie nicht. Die Aetiologie muss abgeklärt und ergänzend erwähnt werden.

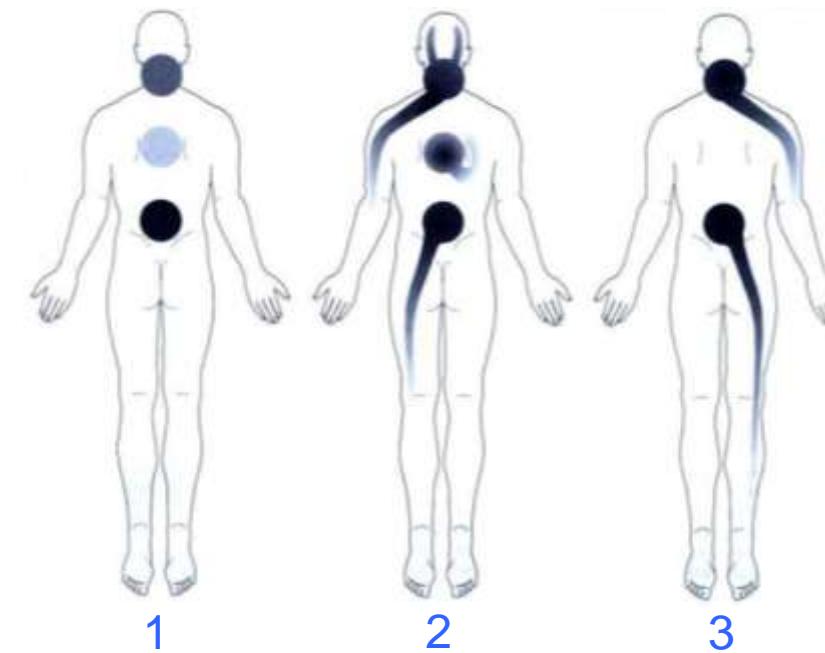
- **Vertebrales Schmerzsyndrom**
  - Quelle lokal, keine Ausstrahlung
- **Spondylogenes Schmerzsyndrom** (syn. vertebragen)
  - Quelle lokal mit regionaler Ausstrahlung wegen Konvergenz von Nervenafferzenzen auf Rückenmarksebene
- **Radikuläres Schmerzsyndrom**
  - Dermatom/Myotom-bezogene Symptome wegen Nervenwurzelreizung
  - Häufig, aber nicht zwingend begleitend Wirbelsäulenschmerzen wegen z.B. frischem Riss des Anulus fibrosus eines Discus intervertebralis



## Beschreibung Wirbelsäulenerkrankung Nach Ausbreitungsgebiet

Je nach Lokalisation mit dem entsprechenden Präfix

- **Lumbal**
  - Lumbovertebral
  - Lumbospondylogen
  - Lumboradikulär
- **Thorakal**
  - Thorakovertebral
  - Thorakospondylogen
  - Thorakoradikulär (sehr selten)
- **Zervikal**
  - Zervikovertebral
  - Zervikospondylogen
  - Zervikoradikulär



Panvertebral

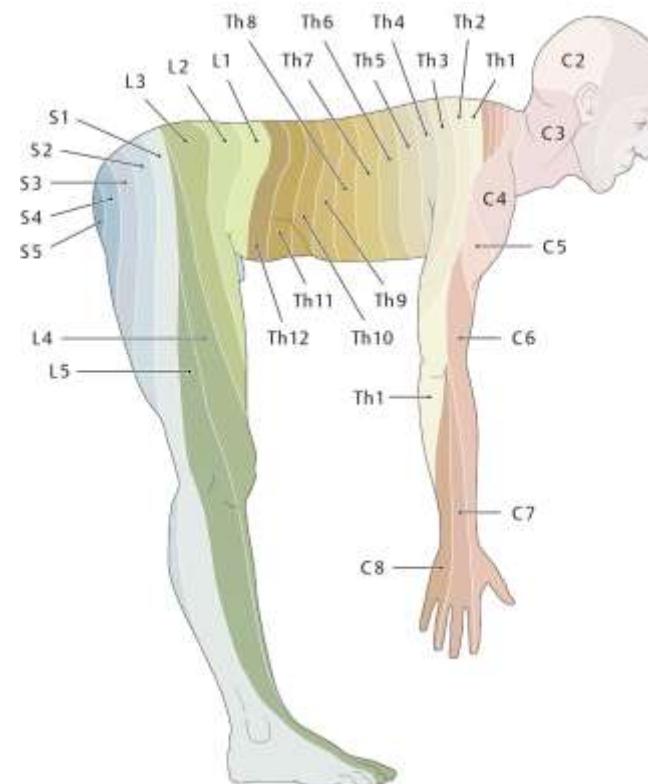


## Beschreibung Wirbelsäulenerkrankung Nach Ausbreitungsgebiet

### Beispiele

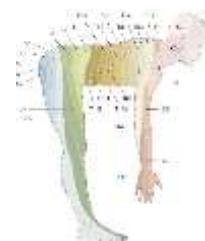
- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei V.a. Spondylarthrose
- Thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei (...vertebral und ...spondylogen implizieren nociceptiven Charakter)
  - V.a. segmentale Dysfunktion
  - V.a. osteoporotische Wirbelfraktur
- Zervikoradikuläres Schmerzsyndrom bei V.a. Diskushernie (..radikulär impliziert neuropathischen Charakter)
  - Bei neurologischen Ausfällen beispielsweise: Zervikoradikuläres Schmerz- und sensomotorisches **Ausfallsyndrom**
  - Das Ausmass kann dann noch weiter präzisiert werden: Zervikoradikuläres Schmerz- und **leichtes** sensomotorisches Ausfallsyndrom

## Beschreibung Wirbelsäulenerkrankung Radikuläres Syndrom

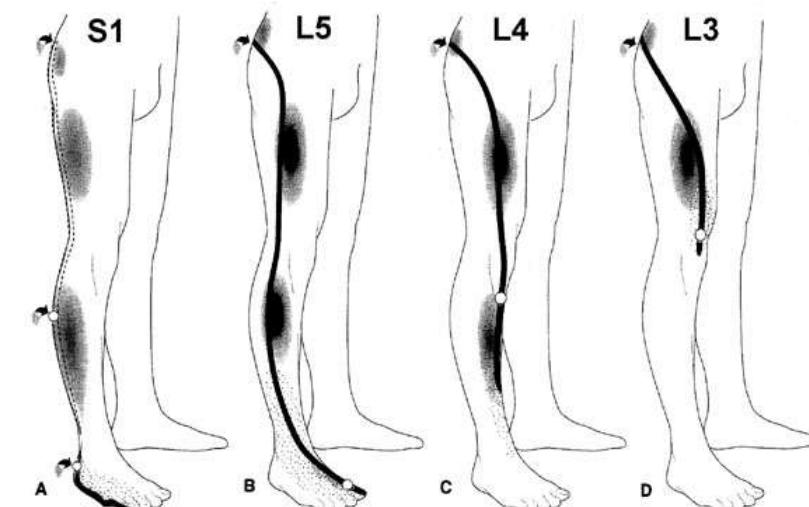


# Beschreibung Wirbelsäulenerkrankung Lumboradikuläres Syndrom

## Muskuläre Kennfunktion lumbal und Kennreflexe



- L2 (kein Kennreflex)
  - Hüftbeugung
- L3 (Patellarsehnenreflex, Adduktorenreflex)
  - Hüftbeugung
  - Kniestreckung
  - Hüftadduktion
- L4 (Patellarsehnenreflex)
  - Kniestreckung (Connervation mit L3)
  - Fusshaltung
- L5 (Tibialis posteriorsehnenreflex)
  - Hüftabduktion (Trendelenburg)
  - Fusshaltung (Connervation mit L4)
  - Grosszehenhebung/Pronation
- S1 (Achillessehnenreflex)
  - Fusssenkung

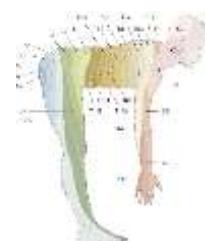
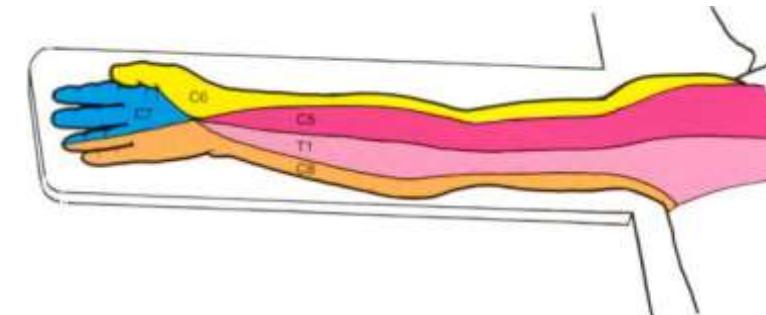
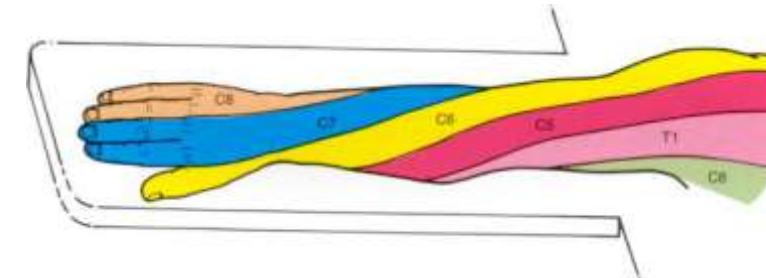


Anterolateral view of the lower extremity. The black thick line represents the sharp, radiating pain, which often has a dermatomal distribution. The sharp radiating pain in S1 radiculopathy is indicated by interrupted lines. It tends to be in the center of the posterior thigh and calf. The diffuse gray areas represent the poorly localized dull ache. The circles indicate areas where pain may concentrate. The area covered by small dots indicates the location of paraesthesiae and sensory impairment. A. S1 radiculopathy. B. L5 radiculopathy. C. L4 radiculopathy. D. L3 radiculopathy.

## Beschreibung Wirbelsäulenerkrankung Cervicoradikuläres Syndrom

### Muskuläre Kennfunktion zervikal

- C5 (evtl. Bicepssehnenreflex)
  - Armabduktion
- C6 (Bicepssehnenreflex)
  - Ellbogenflexion
- C7 (Tricepssehnenreflex)
  - Ellbogenextension
- C8 (Hornersyndrom?)
  - Fingerspreizung (Mm. interossei)



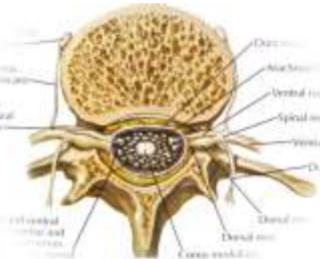
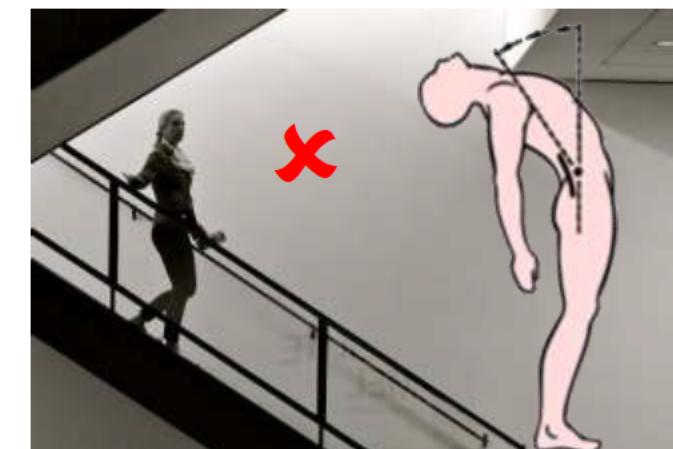
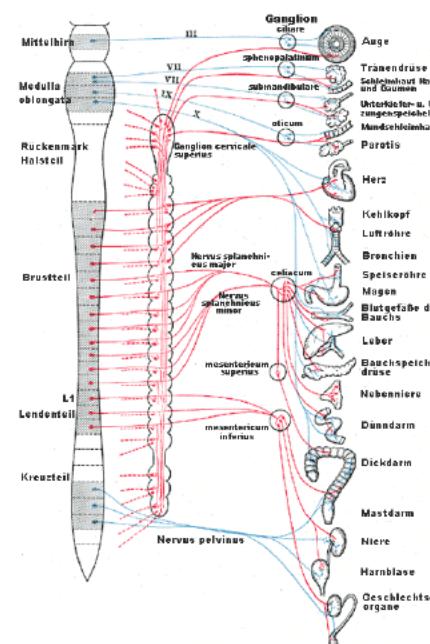
## Beschreibung Wirbelsäulenerkrankung Zervikozephales Syndrom

- Schmerzquelle in der Halswirbelsäule, idR oberes Drittel
- Ausstrahlung in den Kopf, v.a. occipital, aber auch bis nach frontal, retroorbital
- Begleitsymptome: Tinnitus, Schwindel, Konzentrationsstörungen



## Beschreibung nach Ausbreitungsgebiet **Claudicatio spinalis**

- Beim Gehen und Stehen (LWS in Extension),  
langsame Besserung im Sitzen (LWS in Flexion)
- Parästhesie
- Schmerz
- Schwäche
- Gangunsicherheit
- Harnträufeln/-verhalt
- Stuhlinkontinenz/-verhalt
- Erektion/-störung



## Differentialdiagnose Claudicatio

### Claudicatio

#### spinalis



#### Risikofaktoren

Alter  
Adipositas  
Schwere körperliche Arbeit

#### Charakter

Nervenschmerz, Schwäche, Gefühllosigkeit

#### vascularis



Diabetes mellitus  
Hypercholesterinämie  
Hypertonie  
Rauchen

#### Lokalisation

Auch oberhalb Knie

Muskelschmerz

#### Trigger

Gehen und Stehen (nicht Velofahren!)

Meist unterhalb Knie

#### Verbesserung

LWS-Flexion  
(zwingend Sitzen, Vornüberneigen, beschwerdefrei bei  
Velofahren)

Pausen (positionsunabhängig, also auch bei  
Stehenbleiben)

#### Status

Gehaltene LWS-Extension (30s) provoziert die  
Beschwerden

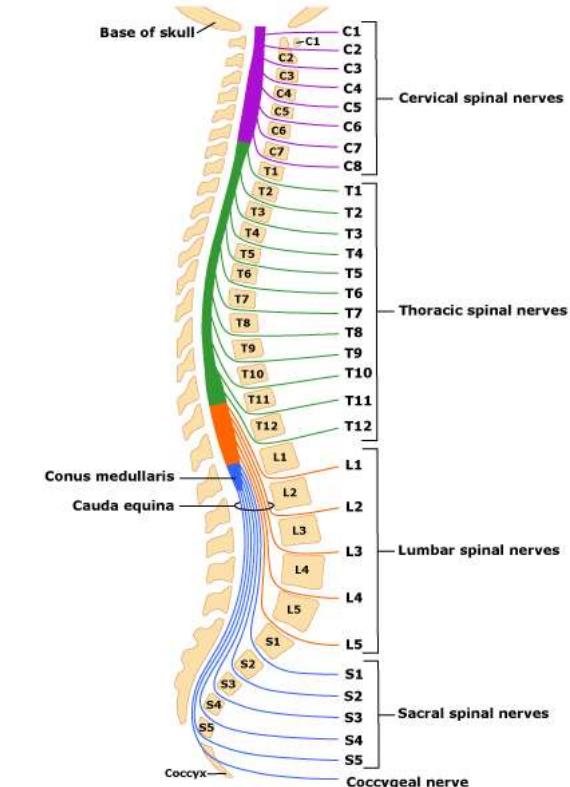
Fusspulse  
Ankle/Brachial-Index  
Ratchow-Lagerungsprobe

## Beschreibung nach Ausbreitungsgebiet Cauda equina-Syndrom

- Reithosenanästhesie
- Miktions- und Defäkationsstörungen
- Muskelschwäche und Taubheit in den Beinen
- Reduzierter Analosphinktertonus



Longitudinal organization of spinal cord, spinal nerves, and vertebrae





## Beschreibung nach Ausbreitungsgebiet Cauda aequina-Syndrom

**Chirurgischer Notfall wegen möglicher bleibender**

- Blasenfunktionsstörung
- Defäkationsstörung
- Lähmung der unteren Extremitäten



**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

**Medizinische Fakultät**

# **Abklärungen**

**KSW** Kantonsspital  
Winterthur



## Anamnese Wesentliche Punkte

- Alarmsignale oder nicht (Red Flags)
- Entzündlicher oder mechanischer Schmerzcharakter
- Funktionelle Ausfälle oder nicht

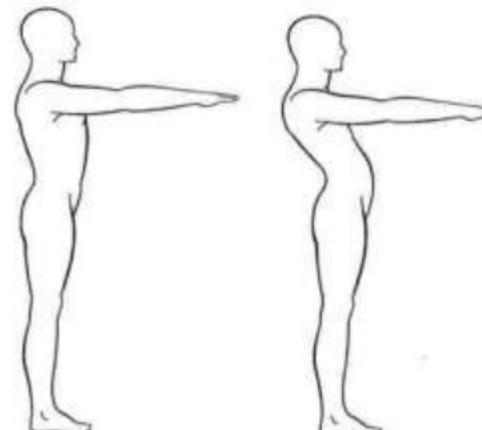
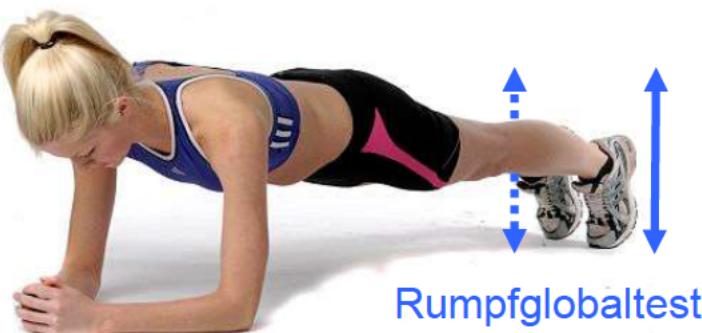


## Anamnese Engramme mechanischer (LWS) Syndrome

- Claudicatio, Verstärkung bergab,  
Besserung im Sitzen und Vornüberneigen: Spinalkanalstenose
- Schmerzverstärkung bei Extension,  
Anlaufschmerzen: Facettengelenksarthrose
- Schmerzverstärkung beim Bücken, Husten  
Pressen: Diskopathie ohne Neurokompression
- Schmerzverstärkung beim Aufrichten,  
langem Stehen, Liegen in Rückenlage: Instabilität
- Dermatombezogene Schmerzausbreitung,  
provozierbar bei Extension/Seitneigung: Radikulopathie
- Nachtschmerzen, etwas Morgensteifigkeit: Erosive Osteochondrose (analog zur aktivieren Arthrose)

## Klinische Untersuchung Inspektion

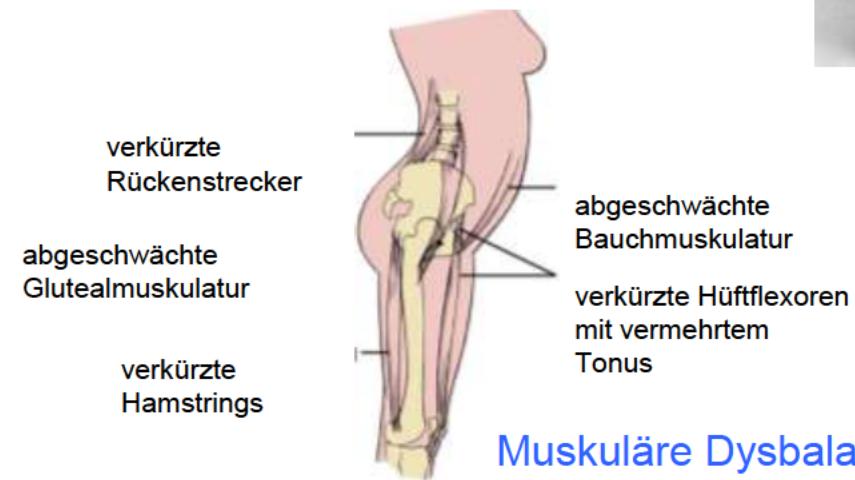
- Wirbelsäulenfehlhaltung
  - Haltungsinsuffizienz
  - Muskuläre Dysbalance



Matthiass-Test (30s)

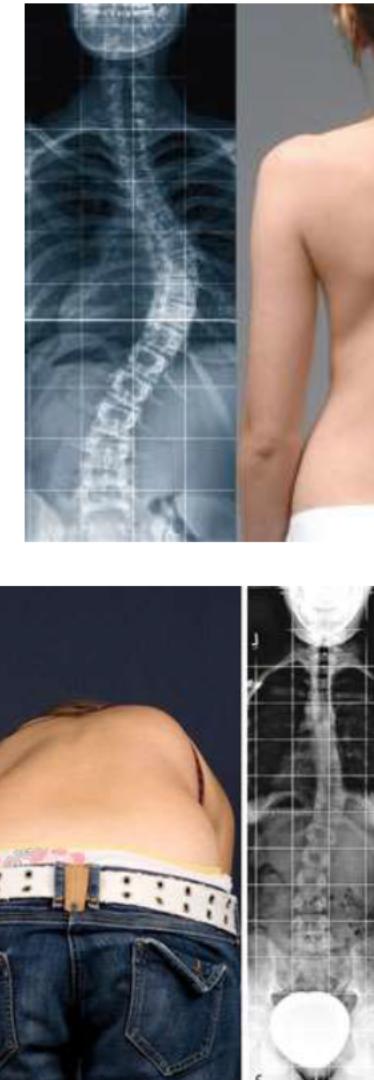
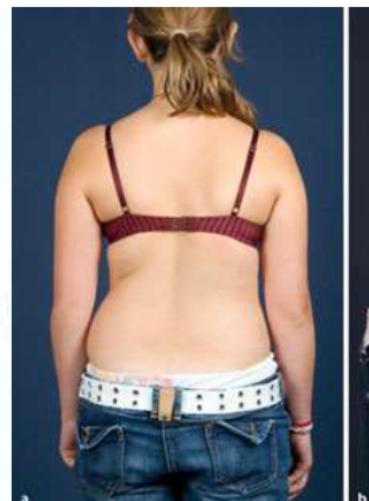
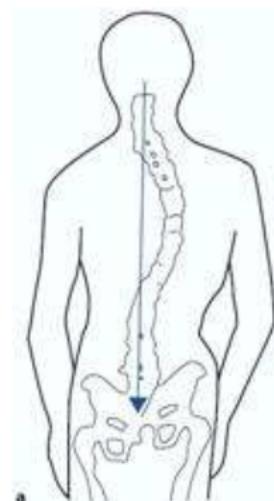


Fehlhaltung



## Klinische Untersuchung Inspektion

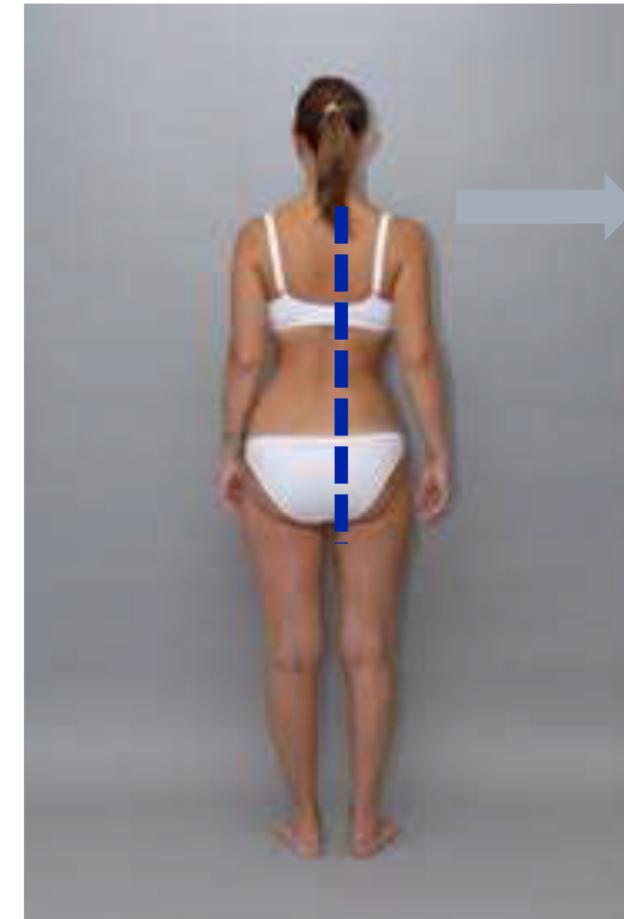
- Wirbelsäulenfehlform
  - Skoliose
    - Schulterhochstand
    - Beckentiefstand
    - Taillendreieck
    - Beinlängendifferenz
    - Rippenbuckel



## Klinische Untersuchung Inspektion

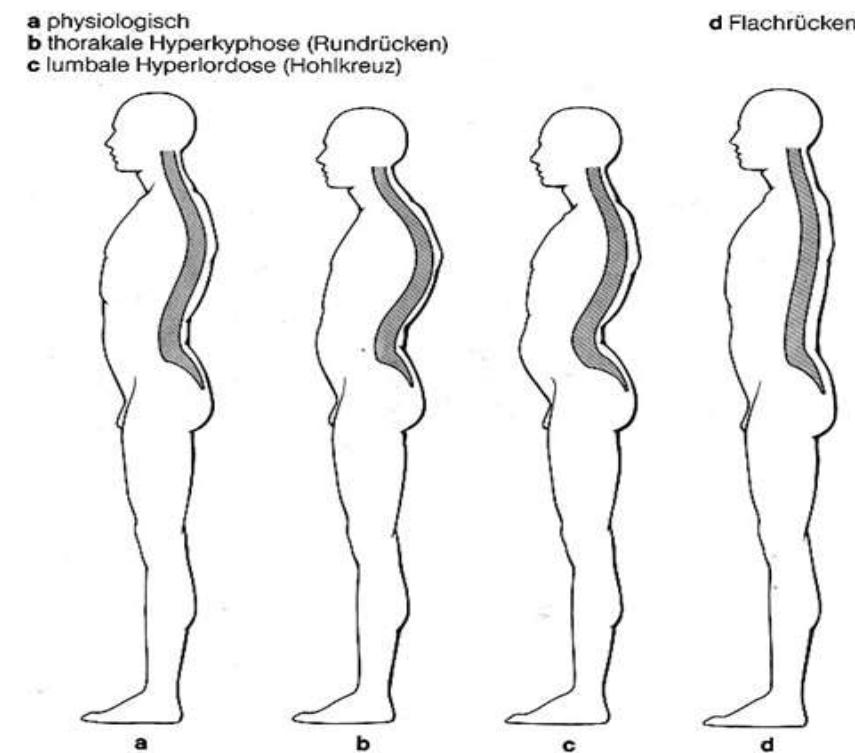
Antalgischer Shift

- Bei akuter segmentaler Überlastung



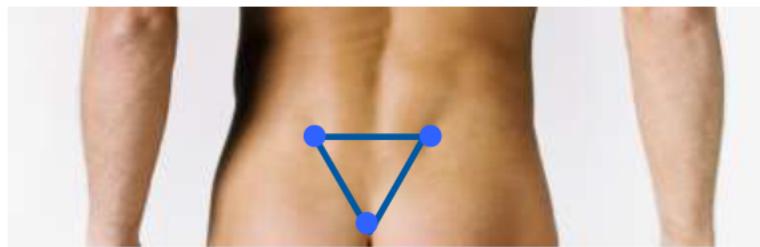
## Klinische Untersuchung Inspektion

- Wirbelsäulenfehlform
  - Hyperlordose lumbal/zervikal
  - Hyperkyphose thorakal
  - Flachrücken



## Klinische Untersuchung Lokalisationsdiagnostik

Spinae iliaca posteriores superiores



Hiatus sacralis

L5/S1

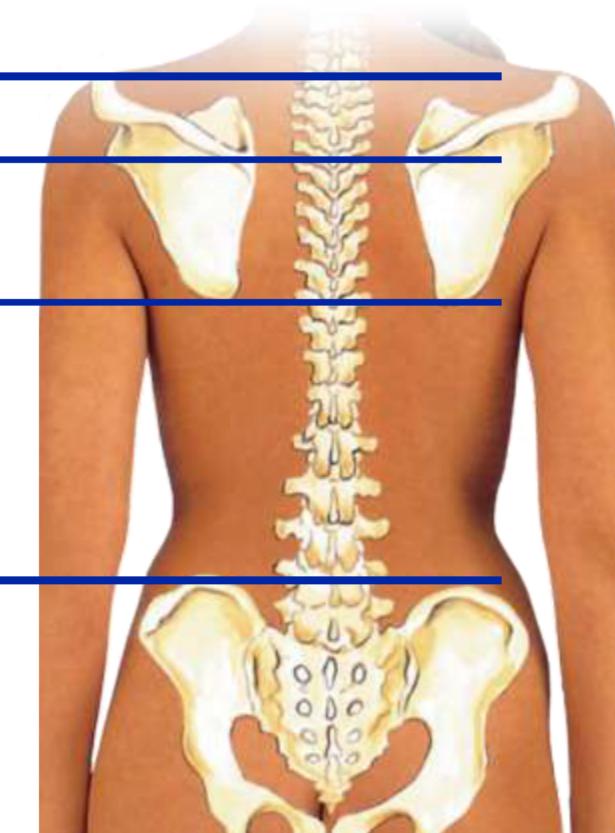


C7

T3

T8

L4



## Klinische Untersuchung Palpation

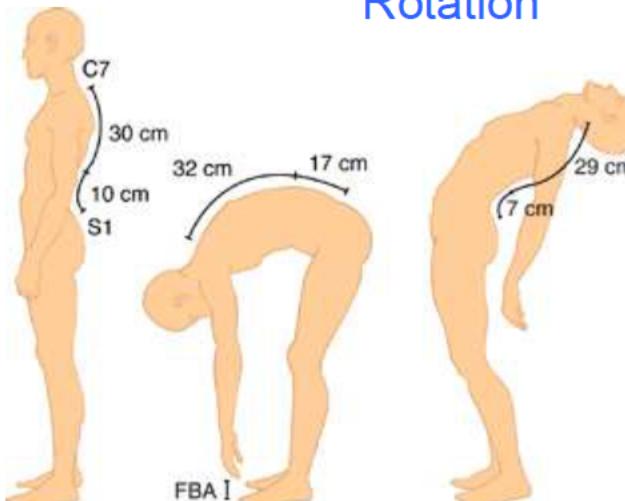
- Myogelosen
- Segmentale Eingrenzung durch
  - Druckschmerz
  - Klopforschmerz



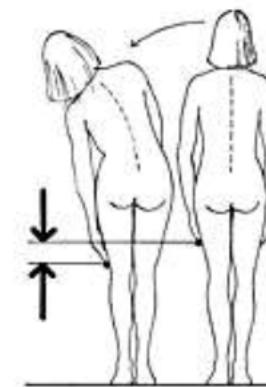
## Klinische Untersuchung Funktionsprüfung



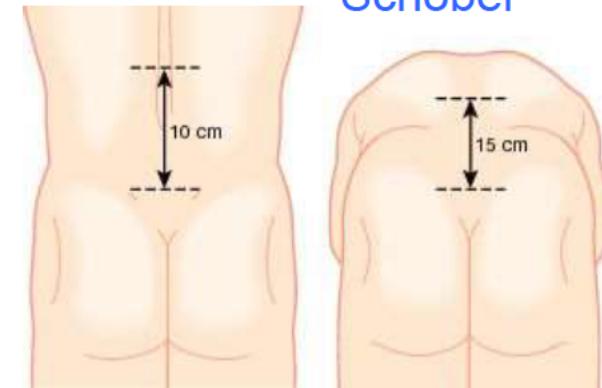
Rotation



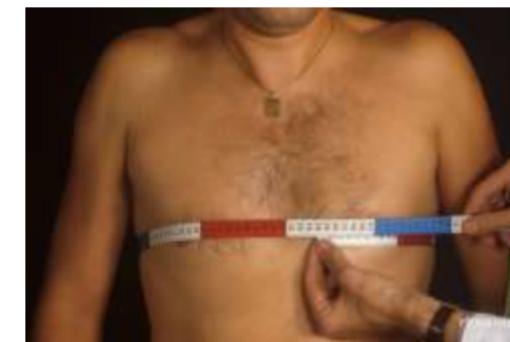
Flex/Ex



Seitneigung

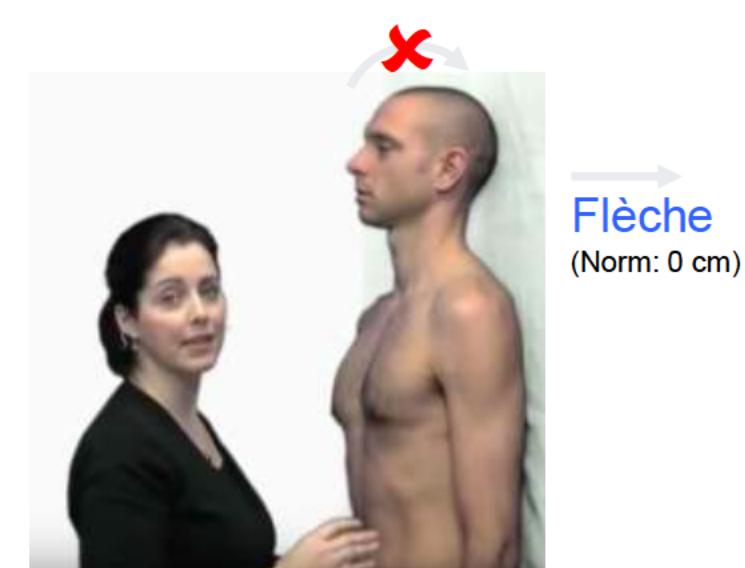


Schober



Atembreite

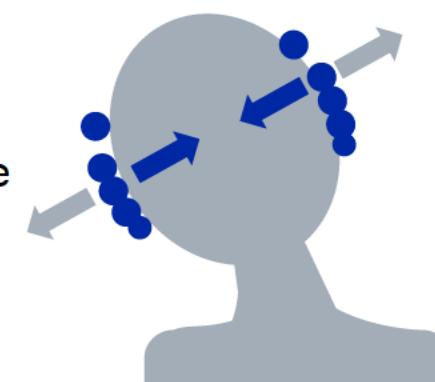
< 4cm auffällig, < 2cm sicher pathologisch



Flèche  
(Norm: 0 cm)

## Klinische Untersuchung Provokation

- Wirbelsäule
  - Neigung der Wirbelsäule
    - Passiv
      - Kontralateral ziehender Dehnschmerz: Hinweis auf myofasciale oder ligamentäre Beschwerden
      - Ipsilateral stechender Kompressionsschmerz: Hinweis auf Spondylarthrose, Osteochondrose
    - Aktiv durch resistive Prüfung (HWS: O'Donough-Test):
      - Myotendinöse Quelle
  - Forcierte Extension: Facettenprovokation
  - Gehaltene LWS-Extension (min. 30s): Provokation einer Spinalkanalstenose
  - Warnzeichen
    - Heftiger Klopfenschmerz
    - Schmerzauslösung in alle Bewegungsrichtungen



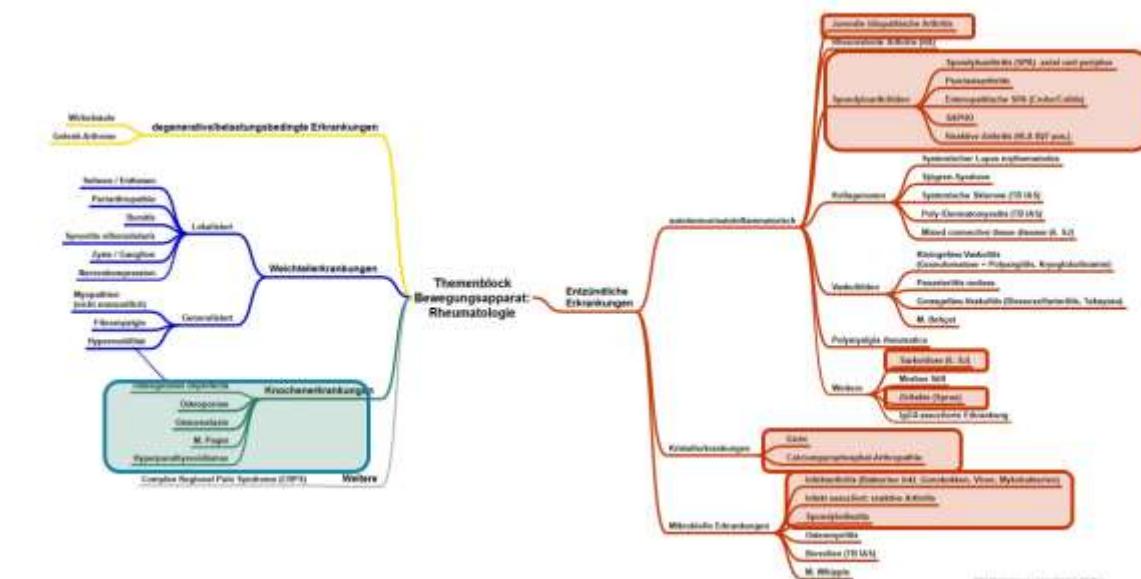
## Klinische Untersuchung Neurostatus

- Sensibilitätsprüfung,
  - Dermatomal
  - Reithosenanästhesie
- Kraftprüfung
  - Kennmuskeln
  - Analsphinktertonus
- Muskeleigenreflexe
- Nervendehnteste
  - Lasègue (L5 und S1 über N. ischiadicus)
  - Umgekehrter Lasègue (L3 und L4 über N. femoralis, Syn. Femoralisdehntest)
  - Upper Limb Tension Tests für obere Extremitäten
- Quadrantentest zur Provokation der Nervenwurzeln in den Neuroforamina cervical und lumbal
- Gehaltende LWS-Extension (min. 30s) zur Demaskierung einer Spinalkanalstenose



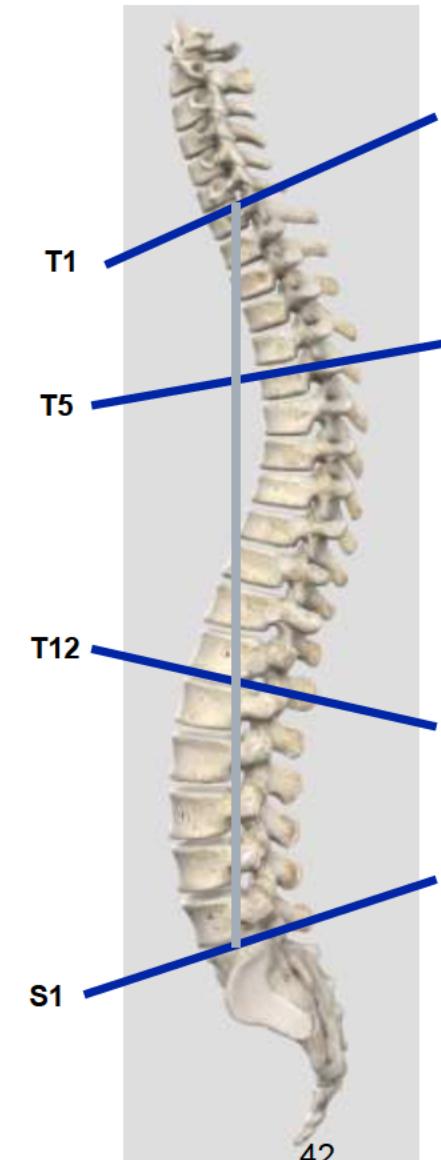
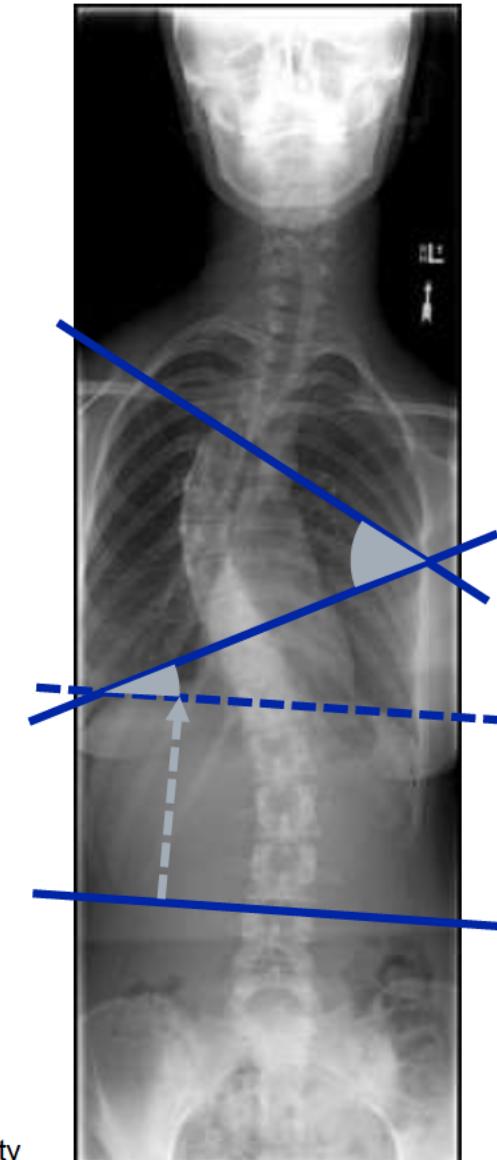
## Labor

- Bei Osteoporose und vermuteter Osteomalaziekomponente bei degenerativen Veränderungen
  - Knochenparameter: 25-OH-Vitamin D, Ca, Ph, Alkalische Phosphatase, Albumin (zur Calciumkorrektur), Kreatinin, TSH, evtl. PTH, BSR (Myelom?)
- Bei vermuteter entzündlicher/neoplastischer Pathologie zusätzlich
  - CRP, BSR
  - Grosses Blutbild mit Differenzierung
  - Leber- und Nierenwerte
  - Eweisselektrophorese
  - HLA-B27



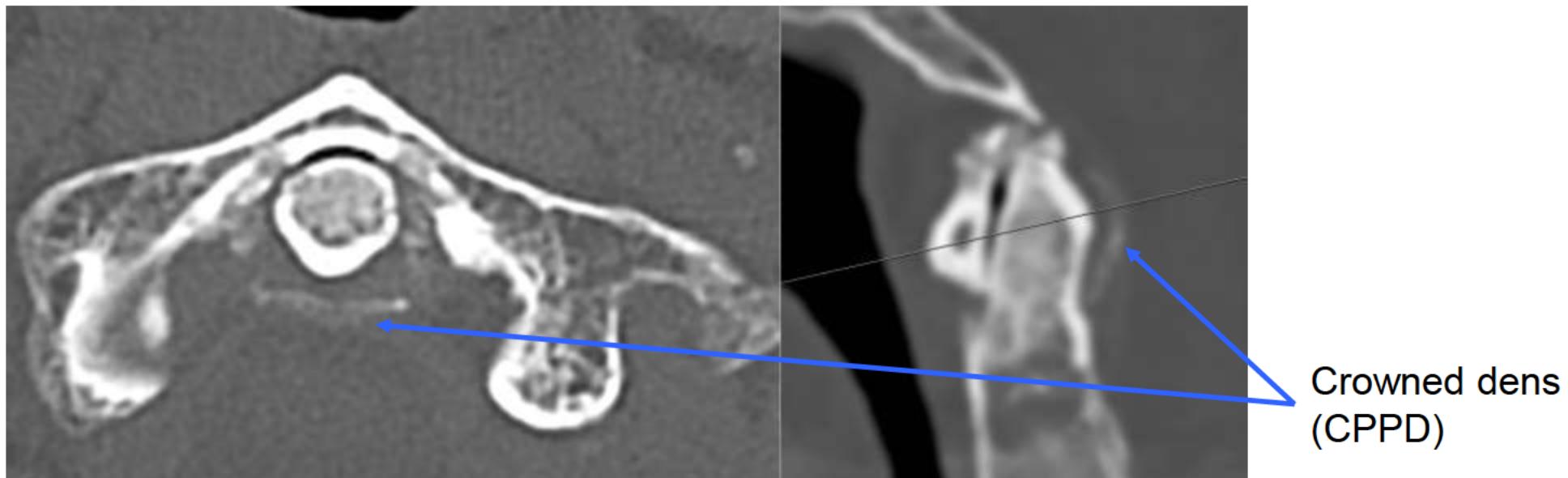
## Bildgebung Röntgen

- Wirbelsäulenform/Statik (im Stehen)
  - Skoliose
    - Cobb-Winkel im Stehen: rasche Progression einer Skoliose zu erwarten ab 50° BWS und 30° LWS (Cave: Messfehler bis zu 10°)
    - Rx vor Menopause alle 5 Jahre, nach Menopause alle 3 Jahre
  - Sagittale Balance
    - C7-Lot sollte hinter L3 auf Hinterkante S1 und hinter Acetabulum fallen
- Sehr gute Darstellung verkalkter Strukturen (besser als MRI)
- Funktionsdiagnostik (Instabilität?)



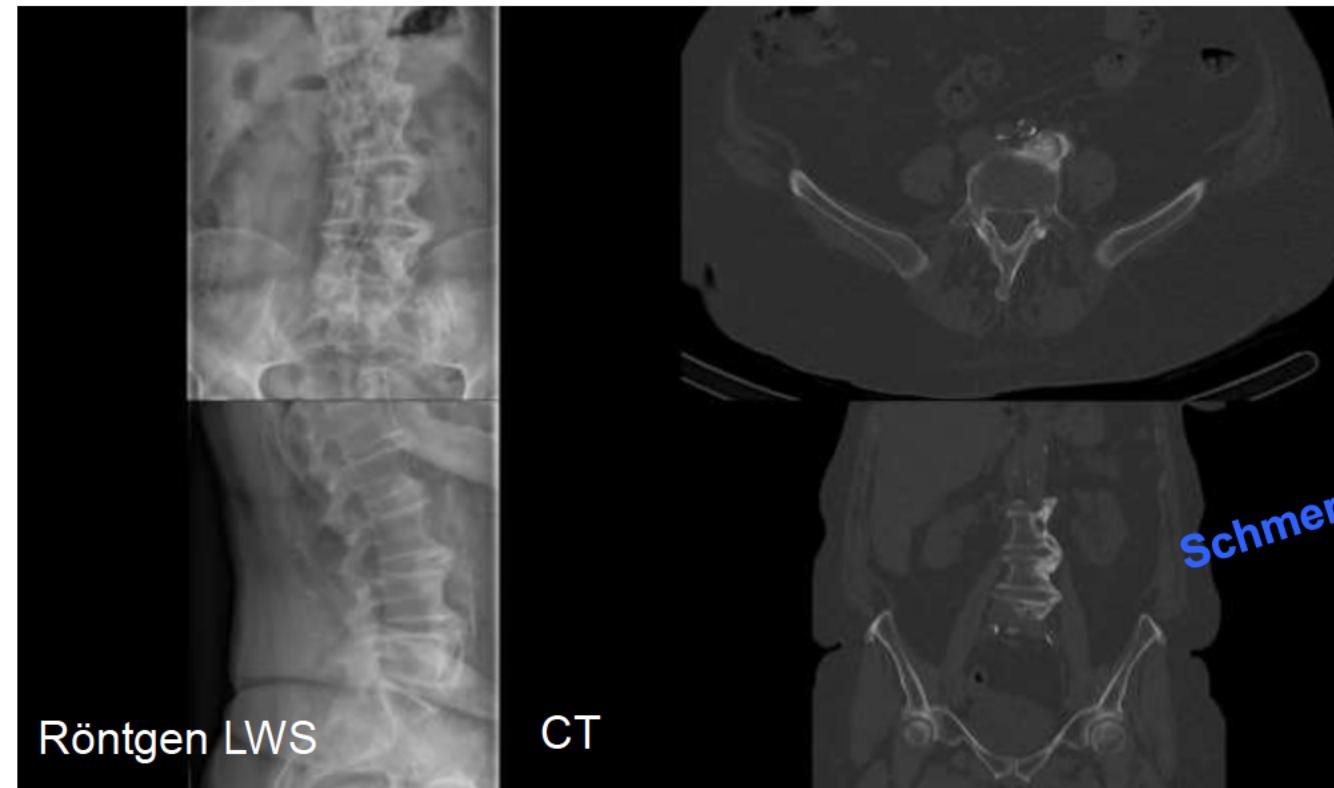
## Bildgebung Computertomographie (CT)

- Als Notfalluntersuchung rasch erhältlich
- Gute Darstellung von Kalkablagerungen im HWS-Bereich (CPPD), Frakturen



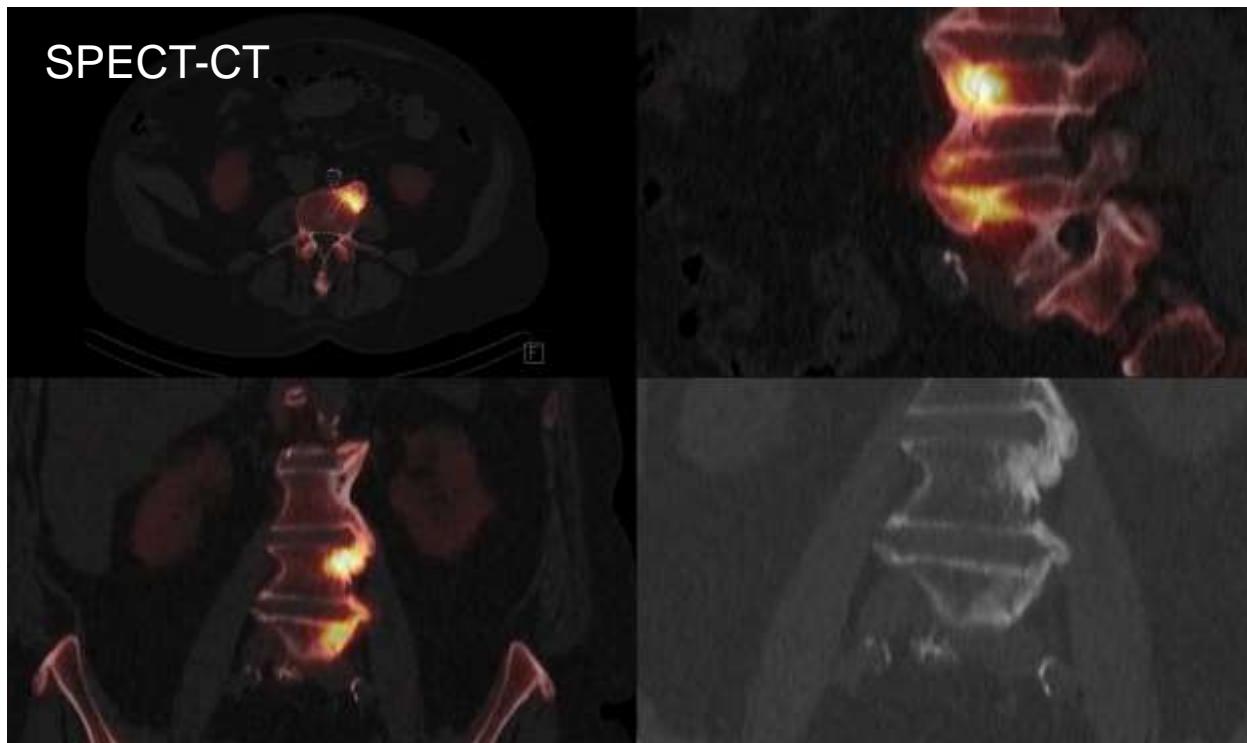
## Bildgebung **SPECT (Single Positronen Emissionstomographie)-CT**

- Sehr gute Darstellung sämtlicher ossärer Strukturen durch CT
- Radioaktiv markiertes Bisphosphonat im SPECT zeigt in 3D erhöhten Knochenumsatz an bei Reizzonen



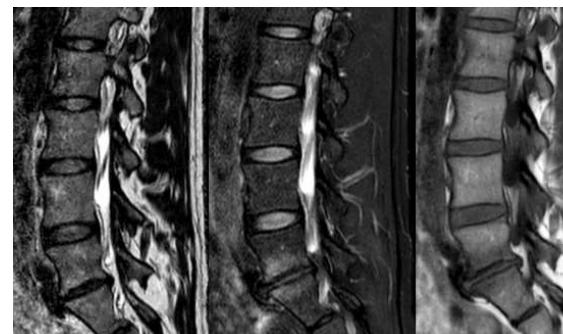
## Bildgebung SPECT (Single Positronen Emissionstomographie)-CT

- Bsp. Fraktur von überbrückenden Spondylophyten bei DISH (Diffuse idiopathische skelettale Hyperostose = Spondylosis hyperostotica = Morbus Forestier)



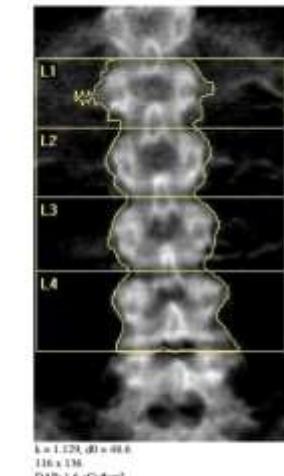
## Bildgebung MRI

- Sehr gute Darstellung sämtlicher Strukturen, insbesondere der Nervenwurzeln
- Visualisierung von Reizzonen durch Flüssigkeitsnachweis
  - Infekt
  - Entzündliche Rückenerkrankung
  - Aktivierte Arthrose oder Osteochondrose
  - Tumor
  - Knochenödem bei Knochenriss (bei fehlendem Einbruch im Rx und teils auch im CT nicht sichtbar)



## Bildgebung DXA (Dual Energy X-Ray Absorptiometry, “Knochendichthemessung”)

- Zur Osteoporosediagnostik
- Sehr strahlenarmes standardisiertes Messverfahren
- Erlaubt anhand epidemiologischer Daten eine Frakturrisikoanalyse

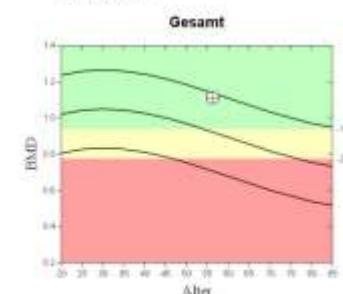


**Messungsinformationen:**  
Scan Date: 01 Oktober 2013 ID: A10011303  
Scantyp: s Lendenwirbelsäule  
Analyse: 01 Oktober 2013 11:07 Version 13.3:3  
Bediener: GS  
Modell: Discovery A (S/N 85604)  
Kommentar:

### DXA-Ergebniszusammenfassung:

Bereich	Bereich (cm <sup>2</sup> )	BMC (g)	BMD (g/cm <sup>2</sup> )	T-Score	Z-Score
L1	15.06	15.70	1.042	0.5	1.5
L2	13.64	14.77	1.082	0.5	1.6
L3	15.16	17.23	1.136	0.5	1.7
L4	18.69	21.94	1.174	1.0	2.2
Gesamt	62.55	69.63	1.113	0.6	1.8

Gesamt BMD CV 1.8%, ALF = 1.028, BCF = 1.016, TB = 5.070  
WHO-Klassifizierung: Normal  
Frakturrisiko: Nicht erhöht



**Kommentar:**



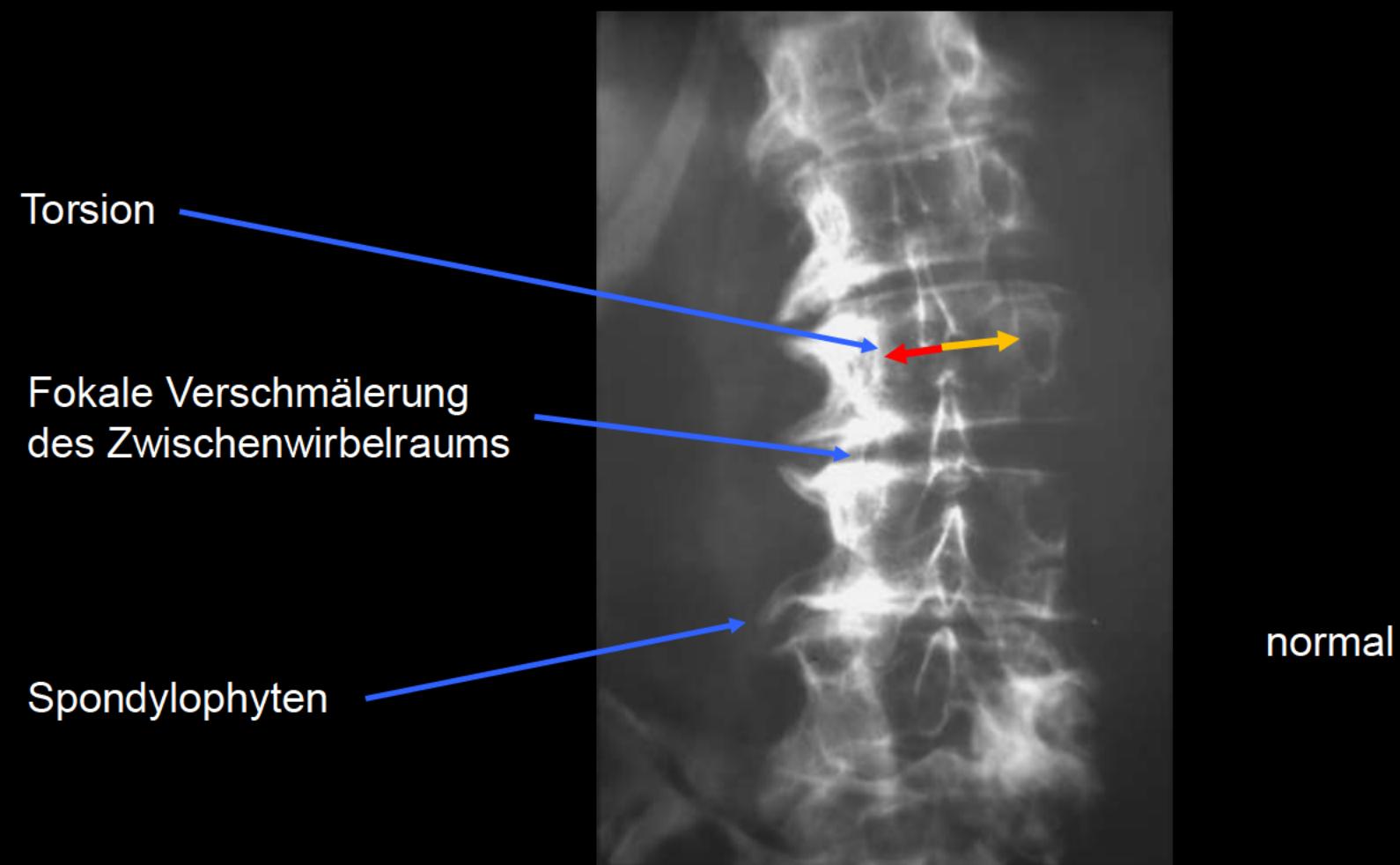
**Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>**

Medizinische Fakultät

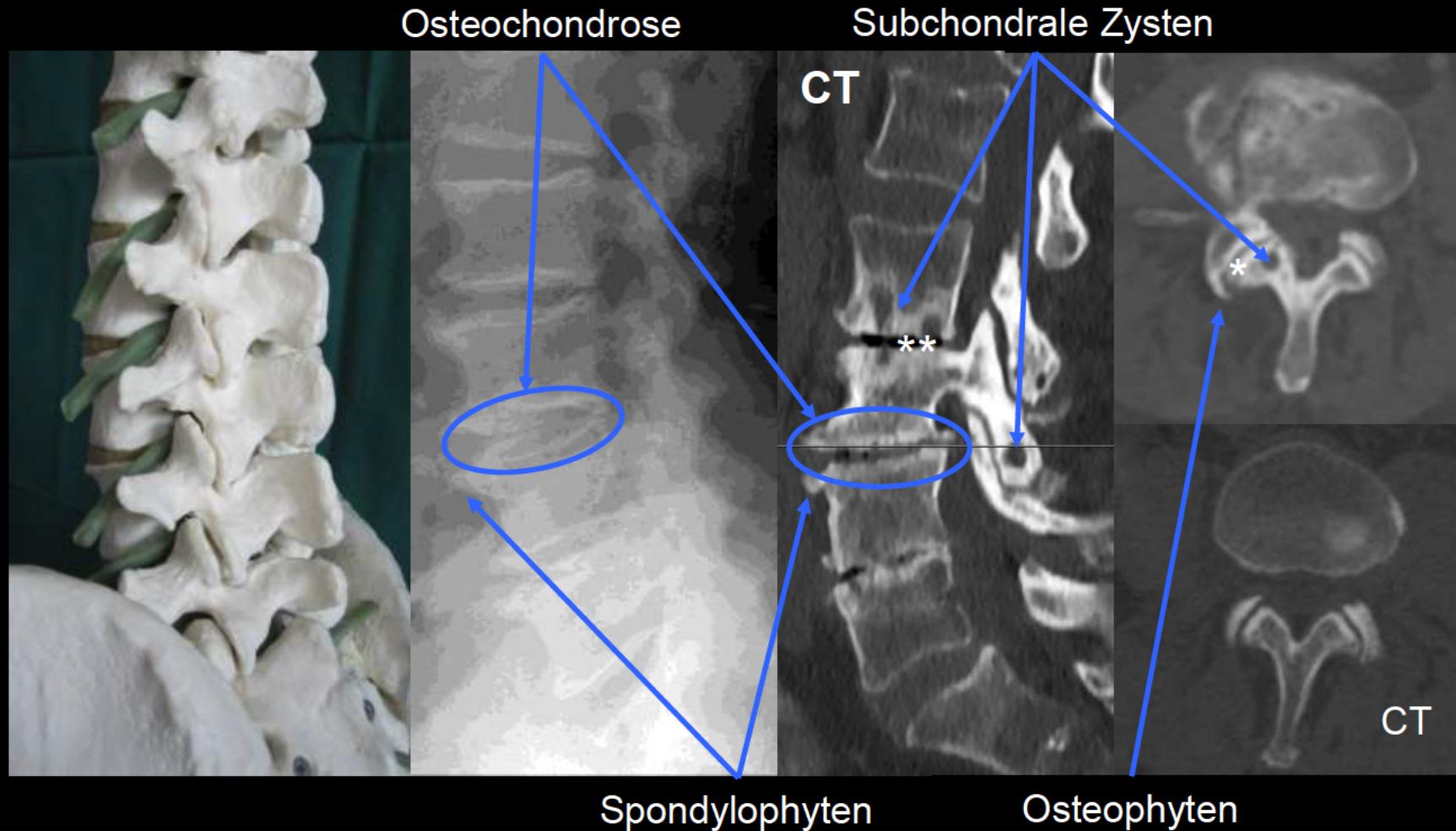
**KSW** Kantonsspital  
Winterthur

## Beispiele

## Bsp. Degenerative Wirbelsäulenerkrankung Konkavitätsdegeneration bei Skoliose



## Bsp. Degenerative Wirbelsäulenerkrankung Osteochondrose, Spondylarthrose



### Facettengelenks- arthrose

- Fokale Gelenkspalt- verschmälerung\*
- Subchondrale Zysten
- Subchondrale Sklerose
- Osteophyten

### Osteochondrose

- Bandscheibenfach- verschmälerung
- Spondylophyten
- Sklerose der Deck- und Bodenplatten
- Aufgerauhte Deck- und Bodenplatten (erosive)
- Vakuumphänomen\*\*

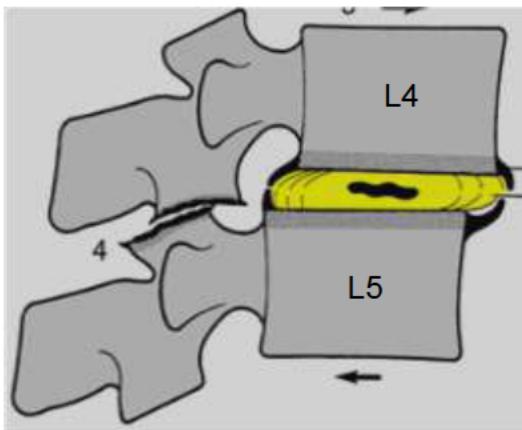
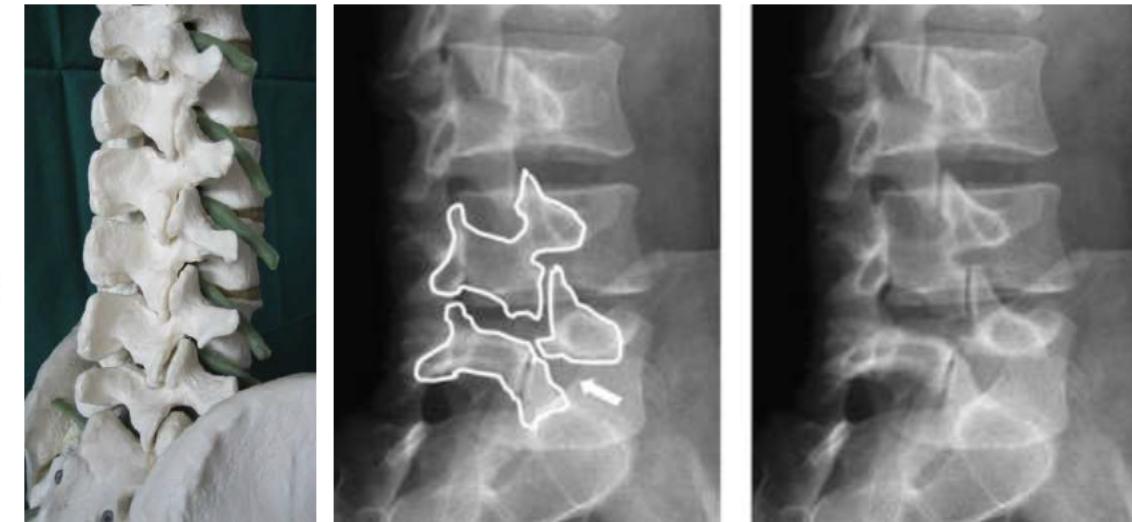
## Bsp. Degenerative Wirbelsäulenerkrankung Osteochondrose



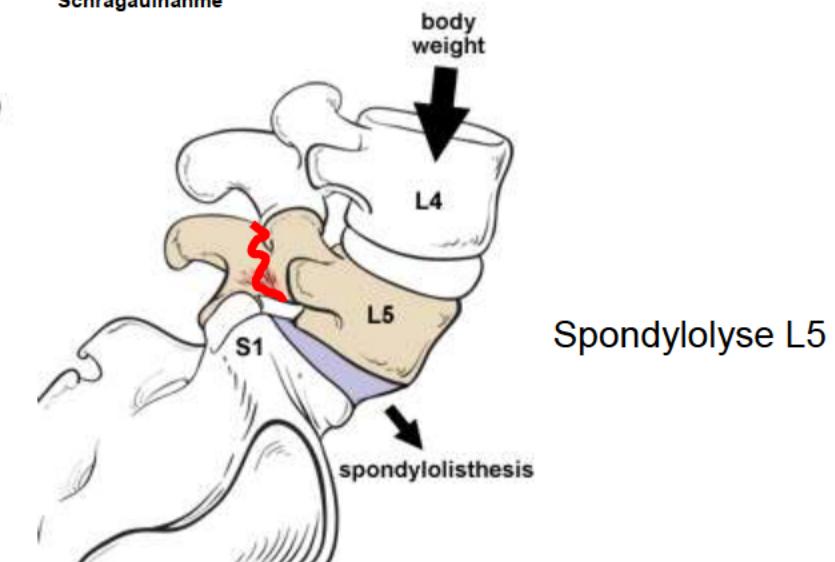
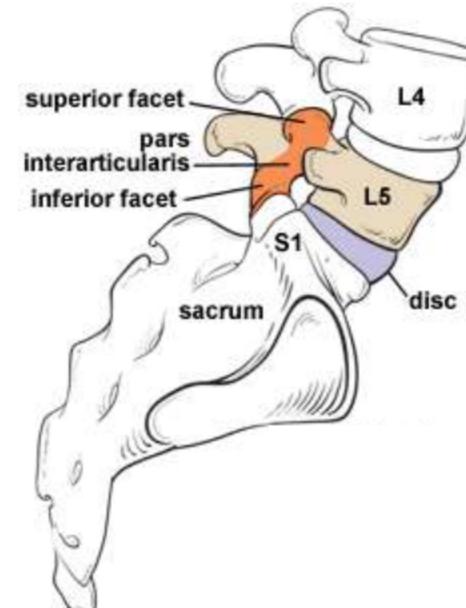
Ödemzone in Deck- und Bodenplatten des degenerierten Segmentes  
(Hyperintensität in flüssigkeitssensitiver Sequenz)  
= aktive Osteochondrose

## Bsp. Degenerative Wirbelsäulen- erkrankung: Gefügestörung

- Spondylolisthesis = Wirbelkörpergleiten
  - Bei Segmentdegeneration
  - Bei Spondylolyse (Ermüdungsbruch der Interartikularportion)

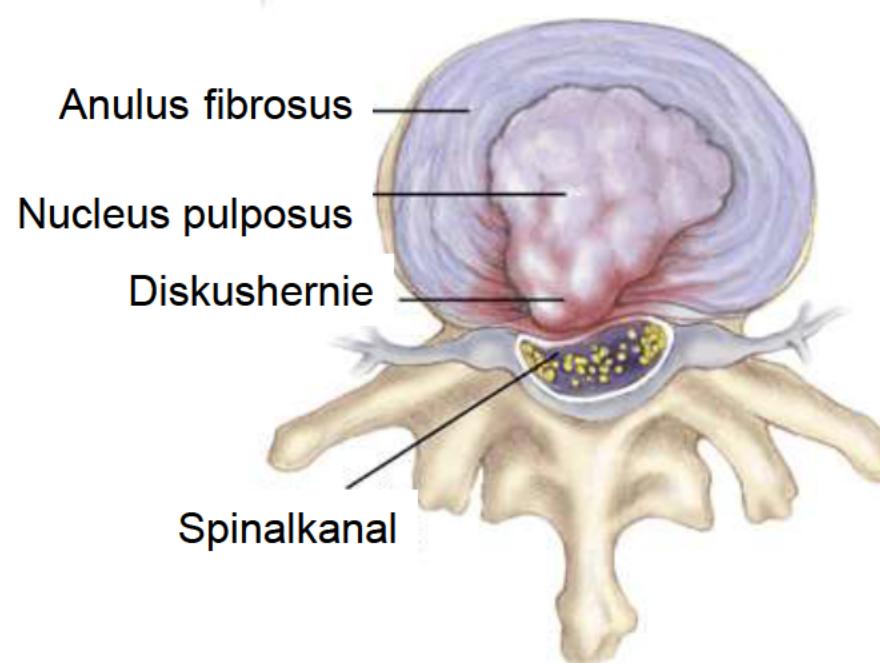


Anterolisthesis L4 gegenüber L5 bei Segmentdegeneration

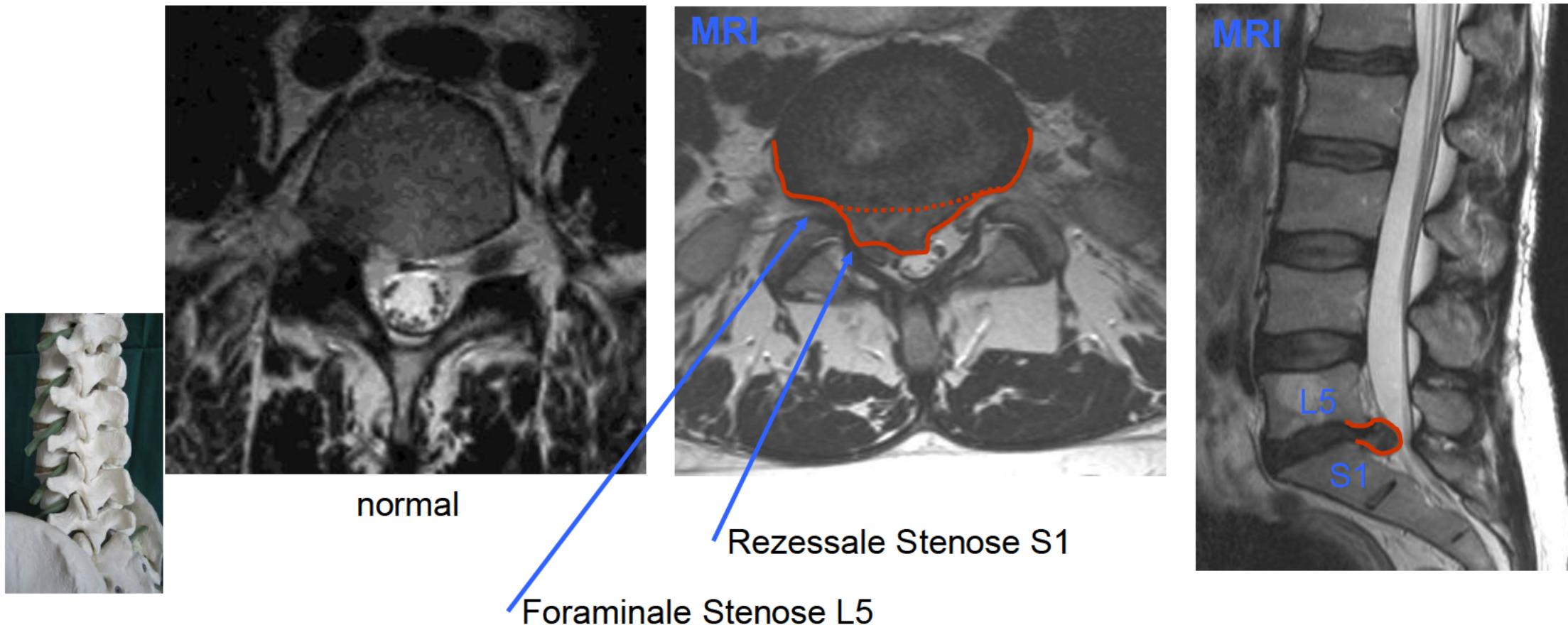


Spondylolyse L5

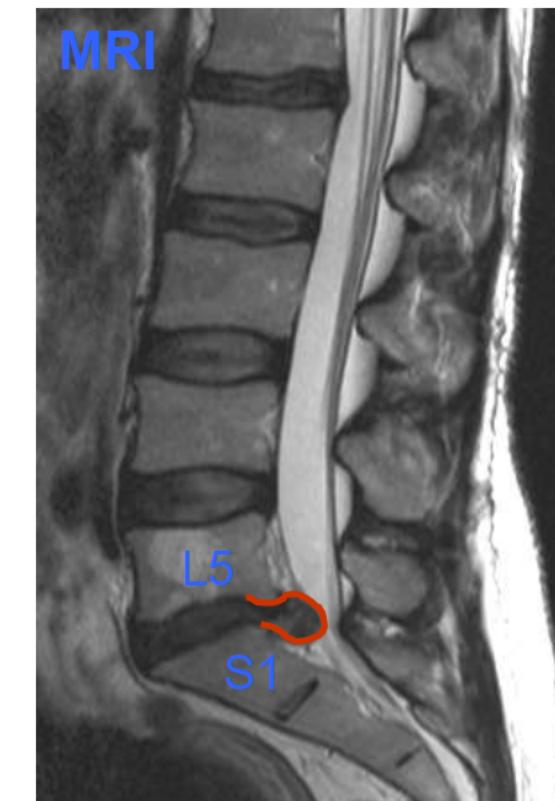
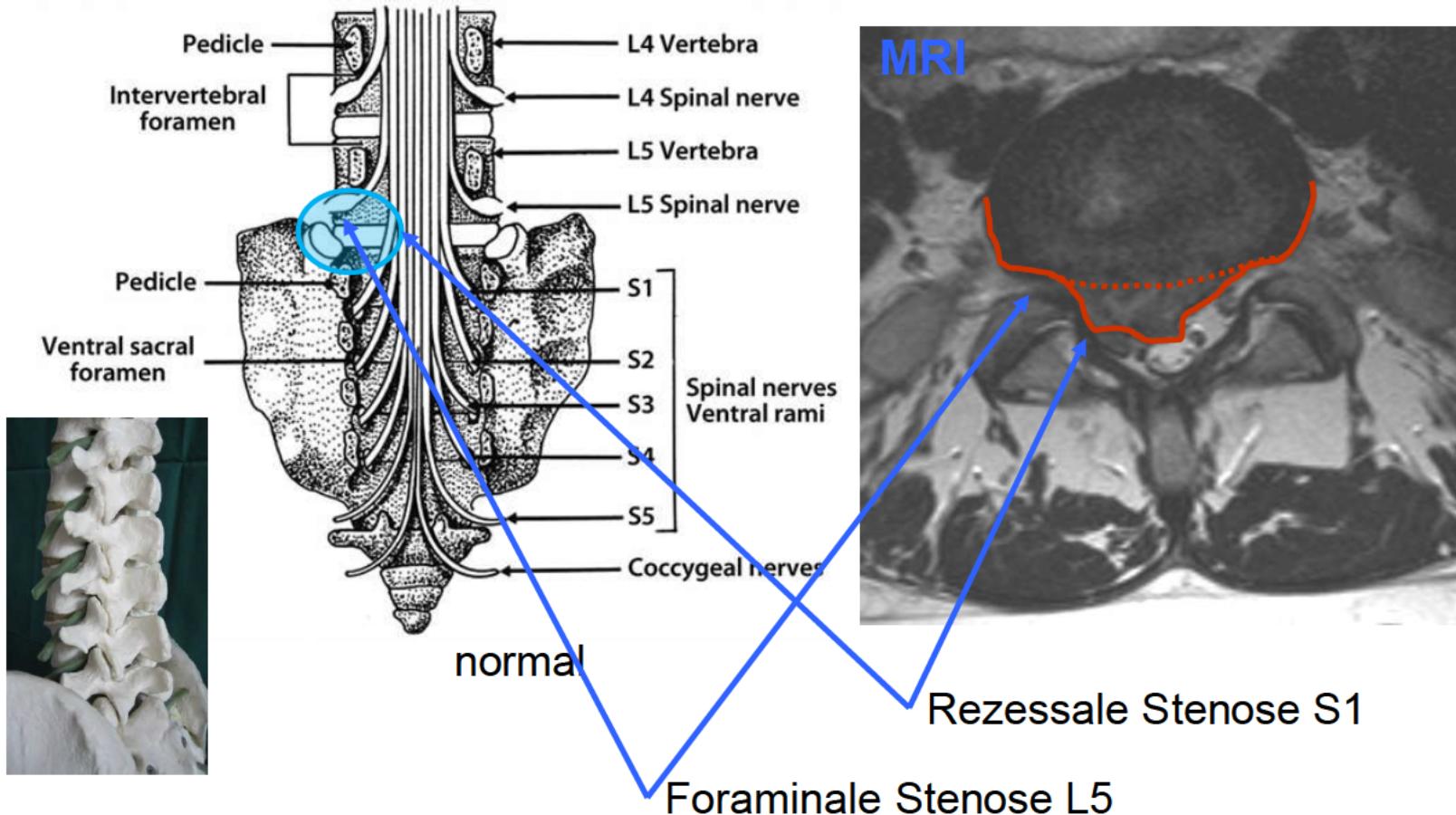
## Bsp. Degenerative Wirbelsäulenerkrankung Diskushernie



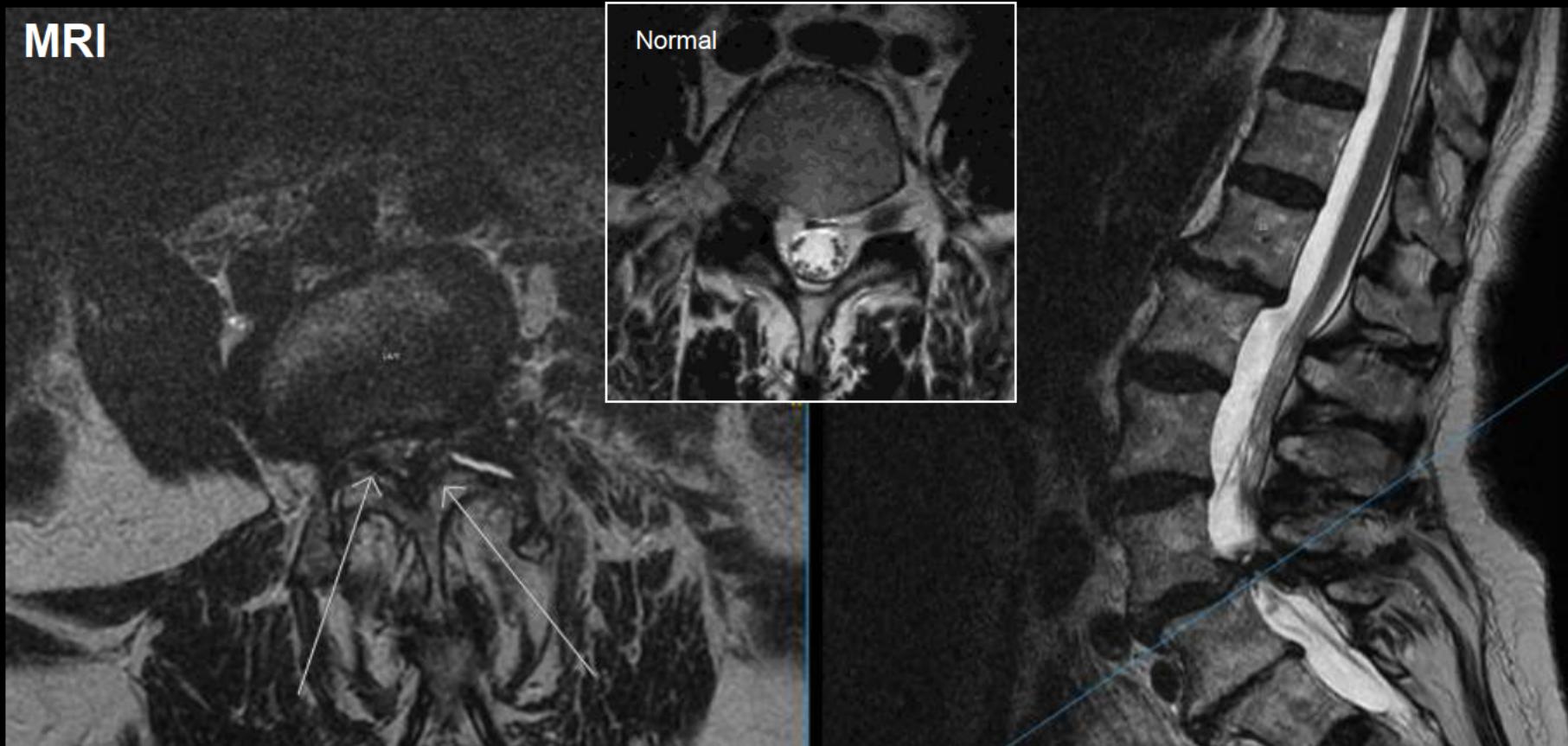
## Bsp. Degenerative Wirbelsäulenerkrankung Diskushernie



## Bsp. Degenerative Wirbelsäulenerkrankung Diskushernie



## Bsp. Degenerative Wirbelsäulenerkrankung Osteodiskoligamentäre Spinalkanalstenose

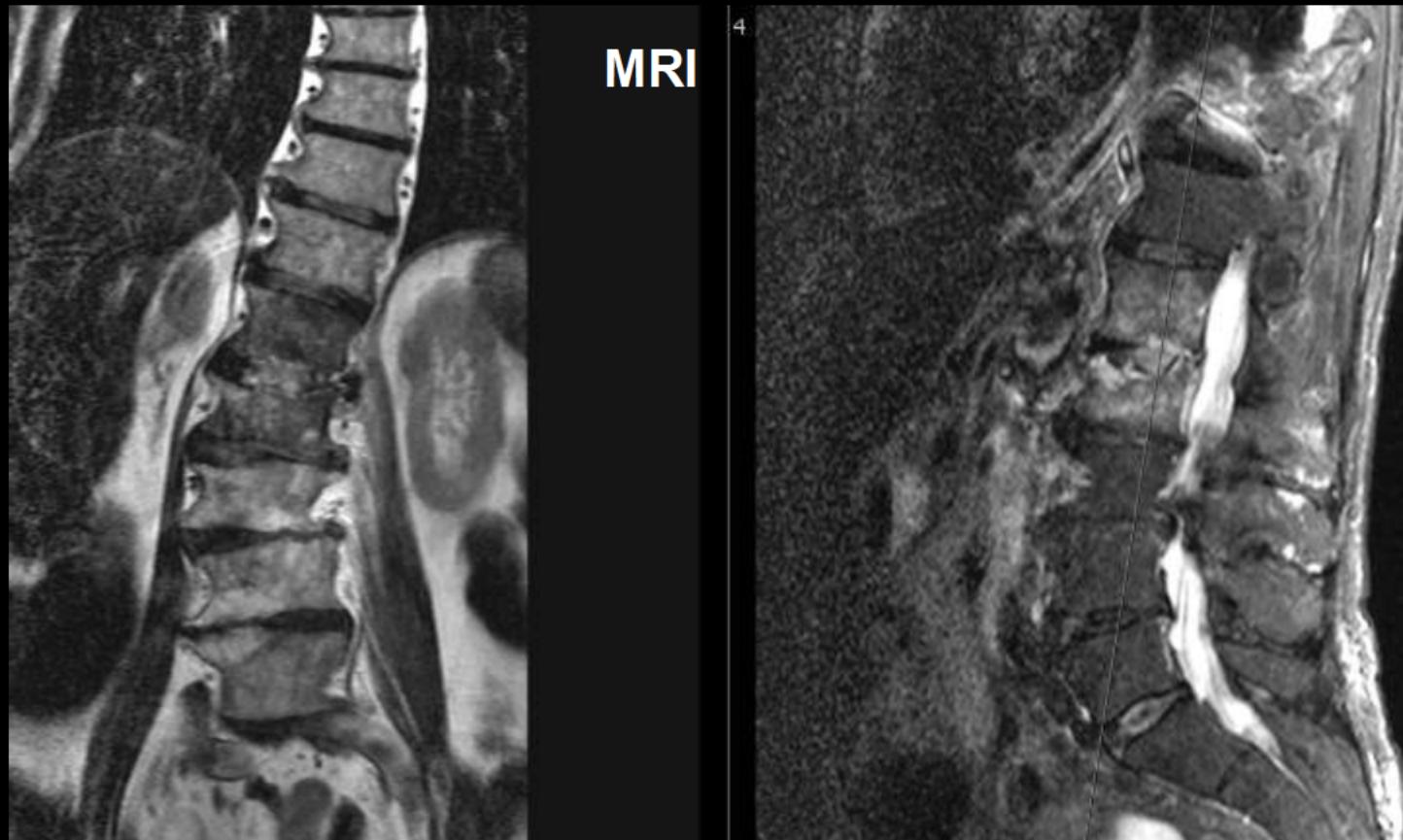




## Bsp. Osteoporose Wirbelkörperfraktur



## Bsp. Entzündliche Wirbelsäulenerkrankung Infektiöse Spondylodiscitis



«Anatomische Sequenz»

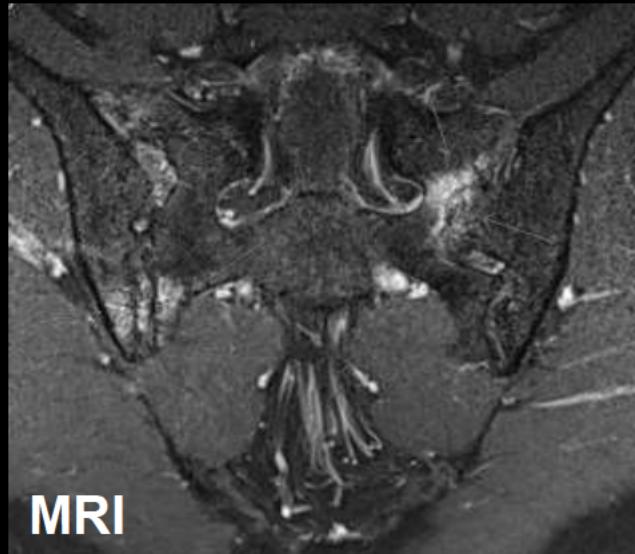
Flüssigkeitssensitive Sequenz

## Bsp. Entzündliche Wirbelsäulenerkrankung Infektiöse Spondylodiscitis



+ 6 Monate

## Bsp. Entzündliche Wirbelsäulenerkrankung Spondylitis ankylosans





## Diagnose?

- 35-jähriger Patient
- Schmerzen in der LWS mit Ausstrahlung entlang des lateralen Oberschenkel, ventralen Unterschenkels bis zum Grosszeh
- Schwäche des Fusshebers
  
- Diagnose ?



## Diagnose?

- 35-jähriger Patient
- Schmerzen in der LWS mit Ausstrahlung entlang des lateralen Oberschenkel, ventralen Unterschenkels bis zum Grosszeh
- Schwäche des Fusshebers
  
- Diagnose: Lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 mit motorischem Ausfall



## Take Home Message

- Rückenbeschwerden werden gerne nach Ausbreitungsmuster eingeteilt als Syndrom
  - Vertebral, spondylogen, radikulär mit dem jeweiligen Wirbelsäulenabschnitt als Präfix, z.B. Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Ein Syndrom muss aetiologisch näher beschrieben werden
  - Z.B. bei Fehlhaltung, Fehlform, Diskopathie etc.
- Die meisten Rückenbeschwerden sind degenerativer Natur und harmlos, erkennbar an
  - Belastungsinduzierten Beschwerden, Besserung in Ruhe, spontaner Regredienz
  - Abklärungen können sich auf Anamnese und klinische Untersuchung beschränken, allenfalls kleines Labor und Röntgen
- Hinweise auf schwerwiegendere destruktive Rückenbeschwerden liefert die Anamnese
  - Allgemeinsymptome, positionsunabhängige Nachtschmerzen, Progredienz, neurologische Ausfälle
  - In diesem Fall sind ausführliche Abklärungen indiziert